

Аналитическая справка
по результатам оценки эффективности внутреннего контроля качества и
безопасности медицинской деятельности
ГБУЗ СК «Пятигорская городская поликлиника №1»
за 2024 год.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Пятигорская городская поликлиника №1» (далее ГБУЗ СК «ПГП №1») осуществляет свою работу в соответствии с действующими директивными документами федерального и краевого уровня, а также годовым перспективным планом работы по Вн КК и БМД.

Деятельность ГБУЗ СК «ПГП №1» направлена на обеспечение оказания лечебно-диагностической помощи в первичном медико-санитарном звене пациентам, прикрепленным территориально и оказание неотложной и консультативной помощи населению, с учетом требований порядка и стандартов оказания медицинской помощи, в соответствие с территориальной программой и клиническими рекомендациями, утвержденными МЗ РФ.

Правовая база, регламентирующая работу по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности:

- приказ Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»;

- приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»;

- приказ №10 от 09.01.23 года «О порядке проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ СК «Пятигорская городская поликлиника №1»

В ГБУЗ СК «ПГП №1» разработан и утвержден перспективный план мероприятий по достижению целевых значений Вн КК и БМД, положение, алгоритмы, план проведения проверок, чек-листы.

Комиссией по Вн КК и БМД ежемесячно и ежеквартально ведётся работа по контролю:

1. Эпидемиологической безопасности в учреждении.
2. Лекарственной безопасности и обращением лекарственных средств и изделий медицинского назначения.
3. Соблюдением требований к ведению первичной учетной медицинской документации в структурных подразделениях.
4. Развитием проекта «Новая модель поликлиники».
5. За работой с обращениями граждан по вопросам качества и доступности медицинской помощи.
6. За работой со страховыми компаниями.
7. По проведению независимой оценки качества.
8. За анкетированием граждан в учреждении

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ

Контроль за соблюдением требований эпидемиологической (инфекционной, биологической) безопасности обеспечивается в соответствии с:

1. Национальной Концепцией профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (2011).
2. Федеральными клиническими рекомендациями по вопросам обеспечения эпидемиологической безопасности, утв. Министерством здравоохранения Российской Федерации, Национальной ассоциацией специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (НП «НАСКИ»).
3. Предложениями (Практическими рекомендациями) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (поликлинике), утв. Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (2017).
4. Предложения (практические рекомендации) по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской лаборатории (утв. ФГБУ "Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы" Росздравнадзора)
5. Приказом МЗ РФ от 31 июля 2020 года N 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»
6. В целях обеспечения эпидемиологической безопасности в ГБУЗ СК «ЛПП №1» разработана и утверждена «Программа эпидемиологической безопасности», издан Приказ главного врача №99 от 09.01.2024г. «Об организации работы по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП)», которым утверждены комиссия, ее состав, положение и план работы, порядок представления главному врачу информации об анализе заболеваемости ИСМП в поликлинике; стандартное определение случая ИСМП; перечень состояний и нозологических форм заболеваний ИСМП, подлежащих выявлению и регистрации стандартные операционные процедуры по выявлению и регистрации случаев ИСМП, в том числе алгоритмы действий медицинских работников при выявлении случаев ИСМП, порядок передачи информации о выявлении и регистрации случаев ИСМП.

За 2024г. проведено 4 плановых заседания комиссии по профилактике ИСМП и комиссии по контролю за соблюдением требований биологической безопасности (29.03.2024г., 01.07.2024г., 30.09.2024г., 02.12.2024г.). В ходе заседаний комиссии проводится анализ заболеваемости среди пациентов и персонала ИСМП за истекший период 2024г., обсуждение мер по совершенствованию профилактики внутрибольничного инфицирования при проведении инвазивных манипуляций, анализ соблюдения требований санитарно-противоэпидемического режима в отделениях и подразделениях, результаты проверки соблюдения требований биологической безопасности, а также выполнение программы производственного контроля.

За 2024г. случаев ИСМП ни среди пациентов, ни среди персонала не зарегистрировано.

Комиссией по соблюдению требований биологической безопасности проведены две плановых проверки (20.02.2024г., 26.07.2024г.) соблюдения требований биологической безопасности при работе с микроорганизмами III-IV групп патогенности в КДЛ. Выявлены недостатки в обеспечении КДЛ, а именно, необходимость актуализации схемы оповещения в случае биологической аварии и доукомплектации «аварийной аптечки» в соответствии с действующими нормативными документами (приобретение гидропульта). Кроме того, в связи с необходимостью продления санитарно-эпидемиологического заключения 08.05.2024г. проведена внеплановая проверка соблюдения требований биологической безопасности и требований санитарно-противоэпидемического режима при работе с микроорганизмами III - IV групп патогенности в клинико-диагностической лаборатории в соответствии с Чек-листом Роспотребнадзора.

Комиссией по контролю качества и безопасности медицинской деятельности в 2024г. в плановом порядке проверены все подразделения поликлиники в соответствии с утвержденным графиком и Чек-листом по оценке эпидемиологической безопасности медицинской деятельности, в ходе которых оценивалась деятельность рабочих групп по разработке СОПов, знание и исполнение медицинским персоналом алгоритмов и СОПов: взятие крови из периферической вены, взятие крови из пальца, внутривенное введение лекарственных средств, внутрикожное введение лекарственных средств, внутримышечное введение лекарственных средств, подкожное введение лекарственных средств и растворов, перевязки при гнойных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки, бесконтактные перевязки, обработка операционного поля, обработка гибких эндоскопов, проведение текущих и генеральных уборок и др.

Комиссией по контролю качества и безопасности медицинской деятельности проверено выполнение программы производственного контроля за 2024г. Договор на проведение исследований заключен с ФФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ставропольском крае в г. Пятигорске». Данные представлены в таблице.

Контролируемые показатели	Кол-во проб по плану на год	Из них выполнено за квартал	Из них нестандартных	Примечания
1. Качество дезинфекции методом смывов на БГКП, золотистый стафилококк, синегнойную палочку 1-4 квартал 2024г.	200	200	0	
2. Смывы с ИМН и перевязочного материала на стерильность 1-4 квартал 2024г.	80	80	0	
3 Воздух закрытых помещений на бактериальную обсемененность (ОМЧ, золотистый стафилококк) 1-4 квартал 2024г.	22	22	0	

4	Бактериологический контроль стерилизующей аппаратуры (паровые/воздушные стерилизаторы)			
	1-4 квартал 2024г.	8/4	8/4	0
5.	Контроль за условиями труда			
	Искусственная освещенность	10	10	0
	Микроклимат: всего, из них	10	10	0
	Индивидуальный дозиметрический контроль персонала	18	18	0
6.	Проведение работ по дератизации, дезинсекции	6000 м кв	6000 м кв	-
9.	Работа по выполнению требований санитарного законодательства в части соблюдения кратности и объема выполняемых исследований по Программе производственного контроля признана Комиссией			

Лекарственная безопасность. Контроль обращения лекарственных средств и изделий медицинского назначения.

В рамках обеспечения безопасности обращения лекарственных средств и изделий медицинского назначения в ГБУЗ СК «ПГП №1» ответственными лицами осуществляется система мониторинга по следующим направлениям:

- Оценка безопасности обращения лекарственных средств проводится постоянно (ответственная по оценке безопасности обращения с ЛС главная медицинская сестра Шиянова О.О.)
- Информирование сотрудников о новых лекарственных препаратах проводится на еженедельных планёрках по мере поступления информации.
- Контроль срока годности лекарственных препаратов один раз в месяц старшими медицинскими сестрами отделений. В пункте отпуска ЛЛО еженедельно ведётся старшим провизором.
- Контроль условий хранения лекарственных препаратов (холодовая цепь), требующих особых условий возложен на эпидемиолога.
- Доступность лекарственных препаратов и наличия препаратов в пункте отпуска ЛЛО по отдельным категориям льгот контролируется заместителем главного врача по медицинской части.
- Хранение лекарственных препаратов по группам (фармакологическим, способам применения) осуществляется согласно требованиям.
- Справочники лекарственных препаратов (в том числе электронные) имеются в пункте отпуска ЛС и у каждого врача.
- Соблюдение требований к упаковке и маркировке на лекарственных препаратах осуществляется при поставке провизором склада.
- Контроль работы оборудования для хранения лекарственных препаратов во всех структурных подразделениях возложен на начальника материально-технического отдела и хозяйственного обеспечения.

Соблюдение требований к ведению первичной учетной медицинской документации в структурных подразделениях в ГБУЗ СК «ГП №1» в соответствии с рекомендованными нормативно-правовыми актами Федерального законодательства.

При проведении контрольных мероприятий использовались следующие показатели, подлежащие оценке в структурных подразделениях ГБУЗ СК «Пятигорская городская поликлиника №1»:

1. наличие установленных учётных форм документов
2. качество заполнения медицинской документации

При проведении проверки установлено:

1. В терапевтическом отделении паспорта терапевтических участков по прикрепленному населению не соответствуют участкам в РСЕРЗ, работа в электронных паспортах участков проводится не в полном объеме.
 - учет лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, проводится частично
 - не своевременная постановка на диспансерный учет и снятие с учета
 - не установлены группы диспансерного наблюдения всем подлежащим
 - не сформирован список диспансерных больных по нозологиям
 - не формируется индивидуальный план диспансерных посещений лиц, подлежащих диспансерному наблюдению, в соответствии с приказом МЗ РФ от 15.03.2022г. №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».
2. Травматологическое отделение — недостаточно организована работа в программе КСАМУ (оформление МСЭ, ВМП).
3. Хирургическое отделение — недостаточно организована работа в программе КСАМУ (оформление МСЭ, ВМП).
4. Хозрасчётное отделение – замечание по маршрутизации пациентов, по оформлению приёмов в электронном виде, оформлению медицинских книжек.
5. Отделение клинической лабораторной диагностики – замечание по несоблюдению очередности по забору крови из пальца.
6. Отделение функциональной диагностики-замечание по формированию расписания и форме протокола исследования в КСАМУ.
7. Отделение радиологии - замечание по установке оборудования.
8. Кол-центр - замечание по контролю исполнения обслуживания вызовов на дому в программе КСАМУ, приёмы вызовов от ССП.
9. Кардиологическое отделение-замечание по выписке препаратов по БСК
 - учет лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, проводится частично
 - не установлены группы диспансерного наблюдения всем подлежащим;
 - не формируется индивидуальный план диспансерных посещений лиц, подлежащих диспансерному наблюдению, в соответствии с приказом МЗ РФ

от 15.03.2022г. №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

10. Инфекционный кабинет-замечание по своевременному диспансерному наблюдению пациентов с вирусными гепатитами и ВИЧ-инфекцией, обновление списка пациентов для внесения в регистр.

11. Дневной стационар-замечание по санитарно-эпидемическому режиму.

12. Кабинет сурдолога-замечания отсутствуют.

13. Отделение профилактики- замечания отсутствуют.

14. Отделение физиотерапии- замечание по заявке на обновление оборудования, санитарно-эпидемическому режиму.

15. Не выполнение плановых объёмов посещений в травматологическом отделении.

По результатам проведенной экспертизы проведена работа по устранению выявленных недостатков.

1. В рамках организации работы по диспансерному наблюдению, в поликлинике для взрослых организована работа по учету лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в разрезе участков:

- обновляется список диспансерных больных по нозологиям
- осуществляется своевременная постановка на диспансерный учет и снятие с учета
- проводится установление группы диспансерного наблюдения всем подлежащим;
- формируется индивидуальный план диспансерных посещений
- проведена корректировка плана диспансеризации и диспансерных посещений
- Сформированы и закреплены за терапевтами новые терапевтические участки с учётом открепленного населения согласно приказу МЗ СК от 08.02.2023 г. №01-05/81.
- Продолжена работа по приведению в соответствие паспортов терапевтических участков в электронном виде в программе КСАМУ с интеграцией участков в РСЕРЗ, планирование вакцинации, в том числе пневмококковой вакциной.

2. С 01.09.23г. в ГБУЗ СК «ПГП №1» открыт травматологический пункт, с целью улучшения доступности оказания неотложной помощи пациентам с травмами, проживающим в городе Пятигорске, а также гостям города. В отделении организована и усовершенствована работа в программе КСАМУ. По вопросам оформлением формы 088/у в МСЭ, и оформлением документов на ВМП обучены все травматологи. Закуплено новое оборудование; операционный стол, медицинские шкафы, столики, инструментарий и т.д.

3. Хирургическое отделение- организована работа в программе КСАМУ. Оформлением формы 088/у в МСЭ, и оформлением документов на ВМП обучены все врачи отделения.
4. В хозрасчётном отделении выдаются листки маршрутизации для пациентов при проведении периодических и предварительных осмотров. Закуплены и установлены компьютеры. С 01.10.23 все приёмы хозрасчётного отделения оформляются в электронном виде и выгружаются на ГОС услуги, включая медицинские книжки.
5. В отделении функциональной диагностики сформировано новое расписание в программе КСАМУ, разработаны и внедрены для использования в работе новые формы протоколов исследования. Закуплено и установлено новое оборудование. Помещения физиотерапевтического отделения разгруппированы согласно санитарным требованиям. В двух кабинетах установлены сплит-системы.
6. В отделении радиологии проведен ремонт крыши. Для маммографа выделено отдельное помещение, на которое получено санитарно-эпидемиологическое заключение и лицензия, что позволило проводить исследования параллельно в двух кабинетах. В кабинете маммографии сделан косметический ремонт. Путём разделения потоков пациентов по кабинетам увеличилась доступность проведения рентгенологического исследования и маммографии для населения. В программе КСАМУ при записи на маммографию выделены отдельные слоты для пациентов хозрасчётного отделения, отделения профилактики и пациентов с приёмов врачей.
7. В физиотерапевтическом отделении и дневном стационаре терапевтическом отделении и травмпункте проведена замена окон.
8. В колл-центре-ответственность за передачу и обслуживание вызовов приказом возложена на заведующую регистратурой, а также контроль за исполнением обслуживания вызовов на дому.
Для приёма вызовов по ССП в кабинете неотложной помощи установлен прямой телефон.
9. В картохранилище бумажные носители амбулаторных карт разложены согласно новым терапевтическим участкам.
- 10. В Центральное стерилизационное отделение закуплен стерилизатор воздушный (Автоклав); в терапевтические кабинеты- напольные весы, пульсоксиметры; в кабинет эндоскопии – отсасыватель хирургический, мойка медицинская инструментальная; в кабинет неотложной помощи- дефибрилятор, аппарат дыхательный ручной, система дыхательная реанимационная, электрокардиограф; в кабинет гинеколога- кресло гинекологическое с ручным приводом; в кабинет офтальмолога- офтальмоскоп прямой и бинокулярный; в травмпункт- стол операционный, набор хирургический малый; в отделение функциональной диагностики – спирографы, холтэры АД и ЭКГ.;**
11. В кардиологическом отделении завершена работа по диспансерному наблюдению;

- Ежемесячно проводится сверка с РСЕРЗ по выписанным пациентам из стационара после перенесенного ОИМ, АКШ, РЧА, ОНМК, стентирования.
- Обновляется список диспансерных больных по нозологиям.
- Осуществляется своевременная постановка на диспансерный учет и снятие с учета.
- Проводится установление группы диспансерного наблюдения всем подлежащим.
- Формируется индивидуальный план диспансерных посещений.

12. В инфекционном кабинете также проведена работа по диспансерному наблюдению пациентов с вирусными гепатитами и ВИЧ- инфекцией. Выверены списки подлежащих «Д» наблюдению. Пациенты, находившиеся на «Д» учете с вирусными гепатитами внесены в федеральный регистр.

13. В дневном стационаре нарушения по санитарно-эпидемическому режиму устранены.

14. В отделении профилактики-организована работа по профилактическим мероприятиям в программе ВИМИС. Готовится документация на списание устаревшего оборудования. Проведён текущий ремонт неисправного оборудования (весы, пульсоксиметр, спирометр и т. д.)

15. В отделение физиотерапии закуплено и обновлено оборудование.

16. В отделение клинической лаборатории закуплен гематологический анализатор.

17. В апреле проведена агитационная работа с выпускниками школ и медицинских колледжей по привлечению обучения в Мед Вузах по целевому направлению.

18. Получена новая лицензия в связи с увеличением новых видов деятельности на оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по инфекционным болезням, кардиологии, неврологии, ОЗД, эпидемиологии и эндокринологии; на оказание специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной в условиях дневного стационара по инфекционным болезням, кардиологии, неврологии, ОЗД, эпидемиологии и эндокринологии, сестринскому делу, на проведение медицинских освидетельствований на выявление ВИЧ.

Открыт кабинет медицинского психолога. В кабинет закуплено оборудование согласно стандарту.

18. Расширен прейскурант платных услуг.

19. В основной штат поликлиники взят врач функциональной диагностики, врач уролог, врач терапевт, врач хирург, врач отделения профилактики.

Контроль
качества оказания медицинской помощи в ГБУЗ СК «ППП №1»
осуществляется в соответствии с порядками оказания медицинской
помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и клинических
рекомендаций.

В ГБУЗ СК «ППП №1», ответственными за организацию и проведение внутреннего КК и БМД всех уровней за 2024 год проводилась экспертиза, в соответствии с Положением о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности ГБУЗ СК «ППП №1»

Амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь.

В состав ГБУЗ СК «ППП №1» входят структурные подразделения: Терапевтическое отделение, отделение профилактики, травматологическое отделение, хирургическое отделение, эндокринологическое отделение, кардиологическое отделение, офтальмологическое отделение и кабинеты узких специалистов.

В рамках трех уровней контроля качества заведующими отделений и кабинетов, проведен анализ 8018 амбулаторных карт от среднего числа законченных случаев (80562случаев), что составило 10,0%.

Количество случаев с выявленными дефектами 1234 - (16 % от проверенных случаев)

Структура выявленных дефектов от общего количества проведенных экспертиз:

-дефекты сбора жалоб и анамнеза (жалобы не детализированы, экспертный анамнез не собран, анамнез заболевания краткий, не отражает давность развития и характер заболевания) – 23,0%;

- дефекты диагностических мероприятий — 11,0%; обследование пациентов проведено не в полном объеме и не соответствует критериям и клиническим рекомендациям (отсутствует план обследования в первичном дневнике; отсутствие данных о прохождении ежегодного обязательного флюорографического обследования, отсутствие данных о проведенных обследованиях (обследования назначены, проведены, но результаты отсутствуют в медицинской документации);

-дефекты оформления диагноза —3,0% ошибки в формировании диагноза, не определена степень тяжести основного диагноза, сопутствующие заболевания вынесены без учёта данных анамнеза жизни или без учёта данных объективного статуса;

-дефекты лечебных мероприятий 18,0 % (в первичном дневнике отсутствует план лечения, не соблюдаются стандарты оказания медицинской помощи, клинические рекомендации)

-дефекты, допущенные при проведении медицинской экспертизы, сроков оказания медицинской помощи и преемственности этапов лечения – 1,0%:

- дефекты профилактических мероприятий 15,0%
- дефекты оформления медицинской документации 30,0%
- дефекты экспертизы или освидетельствования 1,0%

1 место среди дефектов: оформления документов на МСЭ,

2 место: несвоевременное представление на подкомиссию по ЭВН медицинской документации,

дефекты оформления медицинской документации — 30,0 % (некорректно описан объективный статус - описание объективного статуса носит формальный характер, записи дневников не в полном объеме отражают динамику состояния пациентов, не отражена динамика состояния пациента, даты дневников не соответствуют выставленным счетам на оплату, не подписаны информационные согласия на оказание медицинской помощи; дефекты сбора экспертного анамнеза - анамнез собран с грубыми нарушениями, приведшими к выписке листка нетрудоспособности за прошедшее время, не указаны место работы и должность сотрудника, отсутствуют данные о наличии группы инвалидности; отсутствие данных в листке ранее установленных диагнозов).

Коэффициент качества внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности составил 0,9.

В целях повышения качества оформления медицинской документации проведены занятия с медицинским персоналом:

- по основам ведения медицинской документации в соответствии с установленными требованиями

III уровень контроля качества.

Работа ВК и подкомиссий ВК, осуществляется в соответствии с приказом «О порядке проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ СК «ППП №1» №10 от 09.01.24г.

Проведено 12 заседаний, с рассмотрением вопросов, требующих комиссионного рассмотрения, на которых были приняты решения по улучшению качества оказываемой медицинской помощи.

На всех уровнях экспертиз, проведенных врачебными комиссиями, были рассмотрены следующие вопросы, требующие экспертной оценки качества медицинской деятельности:

- Первичный выход на инвалидность -243, из них лиц трудоспособного возраста 160. (без замечаний)
- Повторное переосвидетельствование лиц, имеющих группу инвалидности- 244.
- Экспертиза временной нетрудоспособности проведена в 5076 случаях.
- Своевременность разработки ИПР- 244 случая.
- Выдача направлений на ВМП в рамках ОМС -50 все случаи признаны обоснованными, по показаниям.
- Обеспечение льготными лекарственными препаратами- проведено 746 экспертизы-все признаны обоснованными, замечаний нет.

- Разбор случаев смерти на дому, заседание комиссии проводились ежеквартально 4 заседания, расхождений диагнозов клинических и патологоанатомических не выявлено.

- Разобрано 39 протоколов позднего выявления ЗНО, основными причинами позднего выявления признаны: несвоевременность обращения в поликлинику, скрытое течение заболевания. В связи с чем, сделан упор на профилактическую работу и диспансерное наблюдение.

Разобрано 50 обращений пациентов на оказание медицинской помощи, в 2023 году 125. Обоснованных жалоб не было. Количество жалоб в сравнении с 2023 годом сократилось в 2,5 раза.

Удовлетворённость населения условиями и качеством медицинской помощи с учётом анкетирования пациентов в поликлинике и представителями ТФОМС составил за 2024 год составила 67,5%.

Новая модель поликлиники

1. За 2024 год в рамках совершенствования системы оказания первичной медико-санитарной помощи, выполнен комплекс мероприятий, направленных на соблюдение приоритета интересов пациента, организацию оказания медицинской помощи пациенту с учетом рационального использования его времени, повышение качества и доступности медицинской помощи, обеспечение комфортности условий предоставления медицинских услуг, повышение удовлетворенности уровнем оказанных услуг, сокращение нагрузки на медицинский персонал за счет повышения эффективности деятельности медицинской организации в рамках бережливого производства.
2. Оптимизирована работа регистратуры, сформирован колл-центр, отменена запись через регистратуру на диспансеризацию и диспансерное наблюдение. Закуплен сотовый телефон для прямой передачи вызовов и активов со скорой помощи. Для регистраторов и работников КОЛЛ-центра разработаны и внедрены речевые модули. Проведено 2 зачетных занятия.
3. На первом этаже оборудован и открыт кабинет неотложной помощи, паллиативной помощи для сохранных пациентов. На 6-м этаже открыт кабинет выездной паллиативной помощи.
4. Отремонтирована сигнальная кнопка и слуховое устройство для инвалидов.
5. Рядом с поликлиникой через администрацию города и МВД выделены и оборудованы места для автотранспорта инвалидам.
6. Для улучшения доступности проведения маммографии в отделении лучевой диагностики получено санитарно-эпидемиологическое заключение и лицензия на отдельный кабинет. (Ранее рентген-аппарат и маммограф находились в одном кабинете и приём проводился по времени, чем была ограничена доступность).

7. Место для инвалидов в холле оборудовано специализированным креслом-каталкой.
8. Разделен поток пациентов при заборе крови по времени и дате. Урегулирована работа в КДЛ по забору крови из пальца.
9. Действует система предварительной записи через портал госуслуг, вызов врача на дом. Для достижения целевого показателя «Запись через ЕГПУ» в штат принят администратор, который обучает пациентов записи на прием к врачу без звонков и предварительного посещения поликлиники. Запись через госуслуги открыта в ГБУЗ СК «ПГП1» по 10 специальностям. Также в холл поликлиники закуплен новый инфомат, поставка ожидается после 20 декабря.
10. Установлены и введены в эксплуатацию с 01.09.24 новые лифты.
11. Для терапевтического, хирургического, травматологического, эндокринологического кабинетов закуплена и установлена новая медицинская мебель; столы, стулья, кушетки, стеллажи, шкафы.

Диспансеризация населения.

Усилена работа по направлениям диспансеризации, углубленной диспансеризации, профилактических осмотров, проведения школ здоровья.

Улучшилась работа по выполнению целевых показателей по учреждению.

По сравнению с предыдущими годами отмечается прирост и выполнение целевых плановых показателей по профилактическим осмотрам и диспансеризации.

Организована и проводится регулярно «Школа сахарного диабета». За 2024 года проведено 82 школы, обучено 480 человек.

В программу КСАМу в модуль приема врача внесены дополнения по онконастороженности, расширен эпидемиологический анамнез, добавлен модуль диспансеризации, расширен модуль «лаборатория», что способствовало проводить запись на забор крови из вены по времени и сократить очереди в процедурные кабинеты.

Работа с обращениями граждан.

Разобрано 50 обращений пациентов на оказание медицинской помощи, обоснованных жалоб не было.

Работа со страховыми компаниями.

Разобраны все случаи разногласий со страховыми компаниями, по данным экспертиз проведенных СМО. Экспертами СМО выявлено 1234 нарушения из 80562 запрошенных амбулаторных карт. При проведении анализа нарушений акты разногласий не составлялись. Основные замечания отмечаются по оформлению и заполнению амбулаторных карт.

Проведено 4 семинарских занятия с врачами по приказу Министерства здравоохранения РФ от 15 декабря 2014 г. N 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в

амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению" (с изменениями и дополнениями).

Независимая оценка качества. Анкетирование граждан.

В ГБУЗ СК «ППП №1», созданы условия для проведения независимой оценки условий оказания медицинских услуг (далее – НОК). Организовано проведение анкетирования населения по вопросу удовлетворенности доступностью и качеством предоставляемых медицинских услуг. Постоянно проводится анонимное анкетирование пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. По итогам проведенного анкетирования проводится ежеквартальный анализ по учреждению.

Цель анкетирования:

- анализ сроков ожидания госпитализации,
- удовлетворенность условиями пребывания,
- удовлетворенность отношением работников медицинской организации (доброжелательность, вежливость),
- обеспеченность условиями доступности для лиц с ограниченными возможностями,
- изучение мнений пациентов об уровне организации медицинской помощи,
- удовлетворенность доступностью информации, размещенной в помещениях медицинской организации и др.

За 2024 год в анкетировании приняли участие 180 человек.

Проведение мероприятий внутреннего контроля качества проводится с целью профилактики нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности.

За 2024 год фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения или повлекших причинение вреда жизни и здоровью граждан и(или) медицинских работников не выявлено.